5

NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU DOCTEUR

FÉLIX GUYON
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Necker
Vice-président de la Société de chirurgie

PARIS
IMPRIMERIE E. MARTINET
RUE MIGNON, 2
1877

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

CONCOURS

Interne des hôpitaux de Nantes (1850-1852).

Lauréat de l'École de Nantes. Premiers prix 1850, 1851 et 1852.

Externe des hôpitaux de Paris (1853), nommé le quatrième de la promotion.

Interne des hôpitaux de Paris (1854, 1855, 1856 et 1857), nommé le sixième de la promotion.

Lauréat des hôpitaux de Paris : 1854, livres ; 1855, médaille d'argent ; 1856, médaille d'argent ; 1857, médaille d'argent.

Lauréat de la Faculté de médecine (1855), premier prix de l'École pratique, médaille d'argent.

Lauréat de la Faculté de médecine (1867), prix Barbier pour une nouvelle méthode de Céphalotripsie dite *Céphalotripsie intra-crânienne*.

Aide d'anatomie de la Faculté de médecine (1856).

Prosecteur de la Faculté de médecine (1858).

Agrégé en chirurgie (1863), nommé le premier de la promotion.

Chirurgien des hôpitaux (1862).

ENSEIGNEMENT

Enseignement libre à l'École pratique de 1859 *à* 1863.

Ces cours ont été faits régulièrement pendant les deux semestres; ils ont eu pour sujets :

L'anatomie chirurgicale;

La médecine opératoire;

La pathologie externe.

Enseignement officiel.

Cours de *Clinique chirurgicale*, professé à l'hôpital des Cliniques pendant le semestre d'été 1868.

Ce cours a commencé le 11 mai et a été régulièrement continué jusqu'au 22 juillet. Désigné *officiellement* pour suppléer notre regrettable maître Jarjavay, nous avons, lors de la nomination de son successeur, continué officieusement les leçons commencées.

Cours de *Pathologie externe* professé à la Faculté pendant le semestre d'été 1870, en remplacement de M. le professeur Dolbeau. Ce cours, commencé le 31 mai, a été régulièrement continué jusqu'à la fin du semestre et régulièrement suivi par les élèves.

Cours de *Clinique complémentaire sur les maladies des voies urinaires.*

La Faculté de médecine m'a officiellement chargé de cet enseignement que je fais en son nom depuis le premier semestre de 1876. Mes leçons officielles continuent la série de conférences que j'ai régulièrement faites à l'hôpital Necker depuis 1868.

Les principaux sujets de cet enseignement ont été consignés dans les thèses de mes élèves. Je signalerai, en particulier, les Mémoires suivants :

Étude sur l'uréthrotomie interne, par J. Reverdin, de Genève (1870).

De la fièvre dans les maladies des voies urinaires, par Albert Malherbe (1872).

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation progressive, par T.-B. Curtis (1873).

Étude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre, par Edouard Martin (1875). Ce travail a pour base 260 observations recueillies dans mon service.

Étude clinique sur l'uréthrotomie interne, par Félix Martinet (1876).

Étude clinique sur la tuberculisation génito-urinaire et en particulier sur les troubles de la mixtion qui l'accompagnent, par O. Tapret (1877).

Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie, par Léon Henriet (1877). Ce travail a pour base 73 observations recueillies dans mon service.

Les Mémoires de MM. Reverdin, Curtis, Martin et Tapret ont obtenu le prix Civiale. Le Mémoire de M. Martinet a été couronné par la Société de chirurgie, qui lui a accordé le prix Laborie pour 1876.

Les Mémoires de MM. Malherbe et Martin ont été également couronnés par la Société de chirurgie qui leur a accordé le prix Duval. Le travail de M. Martin a donc été deux fois couronné.

PUBLICATIONS

I. — ANATOMIE NORMALE.

Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité.

(Thèse inaugurale, 1858.)

Dans ce travail, je me suis proposé d'étudier les cavités de l'utérus depuis la naissance jusque dans l'extrême vieillesse. Pour arriver à ce but, j'ai dû me livrer à de très-nombreuses recherches cadavériques. Pour me rendre un compte exact de la forme des cavités utérines, j'ai eu recours à l'injection dans les cavités d'un mélange solidifiable. Cette étude d'ensemble a mis en lumière des points intéressants, et m'a permis de noter plusieurs faits nouveaux.

a. — Jusqu'à la puberté, l'utérus est presque entièrement constitué par son col; le corps est rudimentaire. A la puberté, le corps s'accroît dans toutes ses dimensions, sa longueur égale et dépasse bientôt celle du col. Les accouchements déterminent la diminution de la partie vaginale du col, tandis que le corps s'accroît encore un peu.

La comparaison des mesures du col aux différents âges amène à ce résultat curieux et bien significatif, au point de vue de l'histoire du développement de l'utérus, que le col a dès la naissance presque toute sa longueur.

b. — Le col et le corps sont aussi indépendants dans leur structure que dans leur développement. Je me suis attaché en particulier à donner la description de la portion intermédiaire qui les sépare : je la désigne sous le nom de *Isthme de l'utérus*, et je montre qu'une disposition anatomique toute spéciale assure la fermeture de cet isthme. Il s'agit de l'*emboîtement réciproque*, des saillies dites médianes

de l'arbre de vie. J'ai, le premier, démontré qu'elles étaient latérales et indiqué leurs usages, jusqu'alors inconnus. Le mode de fermeture par emboîtement réciproque des parois, que l'on retrouve dans la série animale, ainsi que l'a montré M. le professeur Ch. Robin dans une note annexée à ma thèse, n'avait pas encore été démontré dans l'espèce humaine.

c. — Chez la vieille femme les cavités tendent à s'isoler. L'isthme s'allonge, se rétrécit, s'oblitère partiellement ou totalement; dans ces cas, la cavité du corps est transformée en kyste contenant un liquide transparent identique à celui que sécrètent les glandes du corps de l'utérus ou du sang. Le col renferme un bouchon gélatineux que l'on rencontre aussi chez le fœtus et pendant la grossesse. La présence de ce bouchon gélatineux du col est, on le voit, l'indice de la cessation momentanée ou définitive de la communication entre les deux cavités.

d. — Au point de vue pathologique sont déduits plusieurs faits intéressants. L'indépendance du corps et du col est aussi accusée dans l'état morbide qu'au point de vue fonctionnel. — Les rétrécissements de l'utérus siégent au niveau de l'isthme de l'utérus. Ils sont nettement démontrés à l'aide du moulage des cavités. Ces rétrécissements coïncident avec les rétroflexions anciennes et semblent particulièrement étroits dans les cas de rétroflexion compliquée de latéroflexion avec torsion. Enfin, un bon nombre d'expériences sont destinées à éclairer quelques points de l'histoire des injections intra-utérines et le manuel du cathétérisme utérin.

Les principaux faits consignés dans ce travail ont été acceptés par nos auteurs classiques. Malgaigne les a signalés dans la seconde édition de « l'Anatomie chirurgicale »; M. le professeur Richet dans les deux dernières éditions de « l'Anatomie chirurgicale », M. le professeur Sappey dans « son Traité d'Anatomie »; MM. Cruveilhier et Sée dans la nouvelle édition de « l'Anatomie de Cruveilhier ». Ce mémoire avait été reproduit *in extenso* en 1858 dans le *Journal de Physiologie* de M. Brown Séquard.

Glandes salivaires sub-linguales.

Des travaux intéressants ont démontré que la glande dite sub-linguale est, chez l'homme, composée d'une agglomération de petites glandules parfaitement distinctes dont les conduits multiples s'ouvrent isolément sur le plancher buccal. En 1858, j'ai déposé à la Faculté des pièces anatomiques démontrant : que dans

quelques cas la glande sub-linguale existe réellement chez l'homme, ainsi que l'avaient soutenu plusieurs anatomistes. Elle possède un conduit parfaitement distinct et semblable à celui qui, chez le mouton, le chien, le veau, porte le nom de « conduit de Bartholin ».

En 1859, j'ai fait une communication sur ce sujet à la Société de biologie.

Pelote graisseuse de la face antérieure du poignet.

Il existe à la face antérieure du poignet, immédiatement en dehors du pisiforme, à la racine de la région de l'hypothénar, une petite loge intra-aponévrotique contenant un peloton graisseux facile à déplacer par la pression, et venant alors faire une saillie remarquable au-dessus du pli cutané-transversal qui marque les limites de la main et de l'avant-bras. La facilité avec laquelle on peut mettre cette disposition en évidence chez tous les sujets m'a conduit à faire des dissections qui ont démontré une disposition anatomique propre à la face antérieure de la région du poignet, *disposition anatomique non encore décrite.*

L'artère et le nerf cubital sont aussi contenus, avec le peloton graisseux mobile, dans cette loge aponévrotique.

La présence de ce paquet graisseux a sans doute pour but d'adoucir les pressions que pourrait subir le nerf ou l'artère dans une région qui répond aux points d'appui que prend la main dans certaines positions. La connaissance exacte de cette région m'a permis de tracer les règles de la ligature de la cubitale en dehors du pisiforme, ligature souvent utilisable dans les plaies du poignet. Le résultat de mes dissections a été communiqué à la Société anatomique en 1861.

Rapports du nerf hypoglosse avec les carotides interne et externe.

Dans sa portion descendante qui est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, l'hypoglosse croise très-obliquement la carotide interne dans la portion transversale de son anse et devient exactement perpendiculaire à la carotide externe. Il croise cette artère précisément au niveau du point où se détache habituellement le bouquet des collatérales supérieures, de telle sorte que l'on peut être sûr, en liant au-dessous de l'hypoglosse, de saisir le tronc de la carotide externe dans sa partie la plus élevée. On sait que la portion ascendante de l'anse de

l'hypoglosse fournit un point de repère précieux pour la ligature de la linguale ; la partie moyenne de cette anse peut rendre les mêmes services dans la ligature de la carotide externe. Ces faits anatomiques *n'avaient encore été l'objet d'aucune description;* ils ont été communiqués à la Société de chirurgie dans un mémoire sur la ligature externe. Dans ce même mémoire sont consignés les résultats de mes recherches sur la *longueur du tronc de la carotide externe.*

Région de l'aine, région de l'aisselle, région sous-occipitale, et voies lacrymales.

L'étude de ces régions a été exposée avec tous ses détails dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

Les deux premiers articles, aux mots *Aine*, *Aisselle;* le troisième, au mot *Atlas* (anatomie et pathologie); le quatrième, au mot *Lacrymales* [*Voies* (physiologie)].

Kystes épithéliaux de la bouche chez les nouveau-nés.

J'ai publié en 1869, dans le tome II des *Archives de Physiologie*, une étude complète sur la présence dans la bouche des nouveau-nés de petites tumeurs épithéliales ou mieux de kystes épithéliaux.

Ce fait curieux *n'avait encore été l'objet d'aucun travail;* il n'est signalé ni dans les livres d'anatomie, ni dans les livres d'accouchements. Il est cependant constant.

Mes recherches ont porté sur un très-grand nombre de nouveau-nés. Elles démontrent en particulier la constance du groupe situé au niveau du point médian de *jonction entre la voûte palatine* et le voile du palais. Ces petits kystes sont à peine gros comme une petite tête d'épingle, ils ressemblent à de très-petits grains de millet. Nous avons dans ce travail cherché à étudier complétement ces curieuses petites tumeurs et à démontrer que leur existence est transitoire. Nos recherches ne nous ont pas permis d'établir de lien entre cet état anatomique normal et les tumeurs morbides qui se développent dans la cavité buccale.

II. — PHYSIOLOGIE NORMALE.

De l'arrêt de la circulation carotidienne dans l'effort prolongé.

J'ai communiqué à la Société de biologie, en 1861, *un fait physiologique nouveau;* depuis cette époque, après avoir à plusieurs reprises étudié ce phénomène, j'ai publié sur le même sujet un travail consigné dans le premier numéro des « *Archives de Physiologie normale et pathologique*, de MM. Brown Séquard, Charcot et Vulpian ».

Dans un effort prolongé et bien soutenu, la temporale cesse de battre au bout de six à dix ou douze secondes ; ses pulsations se sont préalablement affaiblies et accélérées ; la pulsation reparaît dès que l'effort cesse. Le pouls radial continue à battre, bien que, quand l'effort se prolonge quinze à vingt secondes, par exemple, il devienne plus fréquent et un peu plus faible.

La glande thyroïde est l'agent de l'arrêt de la circulation carotidienne.

Les rapports de la carotide avec les lobes de la thyroïde, la disposition de la loge musculaire qui lui est propre, l'anatomie comparée, viennent à l'appui des expériences dans la démonstration du fait. La compression des troncs carotidiens a pour effet de modérer l'apport du sang artériel au cerveau, alors que l'effort se prolongeant, comme à la fin de l'accouchement, par exemple, les réservoirs veineux de la tête et du cou se distendent de plus en plus.

Cet arrêt possible de la circulation carotidienne avait déjà été signalée par Gratiolet dans son *Étude sur les vaisseaux sanguins de l'hippopotame.* Pour ce savant si distingué, cet arrêt partiel de la circulation cérébrale artérielle aurait pour but de prévenir la congestion cérébrale pendant ces longues suspensions de la respiration qui sont familières à l'hippopotame.

Arrêt de la circulation artérielle du bras dans l'élévation avec rotation en dehors du membre supérieur.

L'arrêt de la circulation artérielle du membre supérieur peut être obtenu par d'autres positions qui déterminent l'abaissement de la clavicule. J'ai exposé

en 1868, à la Société de chirurgie, le résultat de mes recherches sur l'arrêt de la circulation artérielle du membre supérieur dans l'élévation avec rotation en dehors.

III. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Hématurie vésicale mortelle. — Varices de la vessie. Rupture de l'une de ces varices. — Arthrite sèche avec ossifications périphériques.

Ce cas remarquable a été présenté à la Société anatomique en 1854. Il est consigné dans tous ses détails dans les *Bulletins*. — Hôtel-Dieu. Service de M. le professeur Laugier.

Altérations particulières affectant toutes les glandes lymphatiques de l'économie.

Altérations désignées par M. Robin sous le nom d'altération cireuse; la rate était saine. Cette curieuse observation est l'un des premiers faits d'adénie avec autopsie publiés en France. — Elle a été publiée en commun avec M. Robin dans les *Bulletins de la Société de biologie* (1856).

Sarcocèle kystique de l'épididyme, dont la structure et l'origine confirmaient l'opinion émise à cette époque par M. Robin sur l'origine épididymaire des tumeurs dites sarcocèles encéphaloïdes et kystiques du testicule. (*Gazette des hôpitaux*, 1856, publiée en commun avec M. Robin.)

Note sur l'anatomie pathologique d'une hémorrhagie ayant son siége dans une vésicule ovarienne. (Société de biologie, 1859.)

Présentations de nombreuses pièces relatives à la présence de concrétions d'acide urique et d'urates de chaux dans les reins des nouveau-nés. (Société de biologie, 1859.)

Note sur des productions épithéliales multiples disséminées dans toute l'étendue du parenchyme hépatique. (Société de biologie, 1859.)

Hypertrophie subite du corps thyroïde chez l'homme.

Dans cette note, publiée en janvier 1870 dans le *Journal de Physiologie* de MM. Brown Séquard, Charcot et Vulpian, je donne la relation d'un fait d'hypertrophie subite du corps thyroïde chez l'homme, et j'étudie les conditions dans lesquelles peut se produire ce curieux phénomène.

IV. — CHIRURGIE.

Ligature de la carotide externe.

Sous ce titre : *Recherches sur la ligature de la carotide externe*, j'ai lu à la Société de chirurgie un travail inséré dans le tome VI de ses *Mémoires*.

J'ai déjà signalé un des faits anatomiques exposé dans ce travail, les rapports de l'hypoglosse et de la carotide externe, qui n'avaient pas encore été étudiés au point de vue de la médecine opératoire. Il était utile de combler une lacune, car les dimensions en longueur du tronc de la carotide externe n'étaient pas précisées. J'ai examiné, dans ce but, dix-sept sujets et quinze pièces du musée Orfila.

Il résulte des tableaux publiés dans mon travail, que la thyroïdienne supérieure, naît le plus souvent au niveau de la bifurcation, quelquefois au-dessus ou au-dessous, mais à une très-petite distance. Quant à la longueur du tronc carotidien lui-même, elle varie de un à trois centimètres, mais cette dernière mesure est exceptionnelle; en définitive la longueur du tronc carotidien oscille surtout entre douze et dix-huit millimètres.

Pour le manuel opératoire, je crois devoir tenir grand compte du point de repère fourni par l'hypoglosse, dont la présence au fond d'une plaie dans cette région périlleuse peut très-utilement éclairer le chirurgien. Je propose de conduire l'incision à l'angle de la mâchoire au lieu de suivre le bord antérieur du sterno-mastoïdien qui en haut s'écarte sensiblement de la carotide.

Dans la troisième partie, la ligature de la carotide externe est étudiée au point de vue de ses résultats. En théorie, aucune ligature ne paraît devoir disposer davantage à l'hémorrhagie consécutive; en fait, sur les vingt-quatre observations que j'ai pu réunir, l'hémorrhagie consécutive n'a été observée qu'une fois, et vingt-trois fois les malades guérirent de l'opération. Il est donc légitime de conclure : que la ligature de la carotide primitive est nettement contre-indiquée, toutes les fois que la lésion siégera sur l'une des branches de la carotide externe. La ligature de la carotide externe, beaucoup moins dangereuse dans ses effets, plus sûre dans ses résultats, doit lui être substituée.

Corps fibreux de l'utérus.

Concours pour l'agrégation, 1860.

En 1860, à propos d'un premier concours pour l'agrégation, j'ai publié un travail étendu sur les corps fibreux de l'utérus. De nombreuses recherches dans les travaux français et étrangers m'ont fourni de précieux documents. Divers points relatifs à l'amincissement du fond de l'utérus, dans les cas de tumeurs interstitielles se développant dans le fond de cet organe; des statistiques relatives au point d'implantation des tumeurs pédiculées, — une statistique relative au résultat des extirpations tentées sur les tumeurs interstitielles — peuvent fournir d'utiles renseignements. J'ai également insisté sur l'étude des moyens d'exploration et sur le moment le plus favorable pour pratiquer les investigations nécessaires au diagnostic, qui est celui des périodes hémorrhagiques; enfin, je me suis attaché à donner la démonstration de l'heureuse influence de la ménopause sur la régression de tumeurs souvent volumineuses et menaçantes.

Leçons d'orthopédie.

Un volume in-8, de 434 pages, 1861.

L'année suivante j'ai publié, en collaboration avec mon ami le docteur Panas, les *Leçons d'orthopédie* de Malgaigne. On sait avec quelle persistance Malgaigne

poursuivit l'étude de toutes les questions afférentes aux sections tendineuses et avec quelle énergie il voulut mettre au jour les résultats de ses opérations. Ce n'est pas seulement des résultats de la Ténotomie et de son mode d'application que s'occupent les *Leçons d'orthopédie*, mais aussi de l'emploi des machines appliquées au traitement des affections articulaires et des déviations. Pour écrire ce livre, nous avons mis à profit non-seulement les leçons du maître, mais encore ses nombreux travaux et ceux des hommes spéciaux.

Des vices de conformation de l'urèthre chez l'homme et des moyens d'y remédier.

Concours pour l'agrégation, 1863.

Cette question n'avait pas encore été traitée dans son ensemble ; il était nécessaire de réunir un grand nombre do documents et de faits et de donner une classification. J'ai proposé la suivante :

1° L'imperforation incomplète ;

2° L'imperforation complète avec ou sans canal de dérivation ;

3° L'absence totale ou partielle ;

4° Les fissures (hypospadias et épispadias) ;

5° Les dilatations ;

6° Les embouchures anomales des orifices de l'urèthre et des organes voisins dans l'urèthre.

7° La duplicité.

Les dilatations congénitales de l'urèthre sont étudiées *pour la première fois* dans ce travail, où j'ai donné la description et le dessin d'un cas très-remarquable observé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Laugier. Il était surtout difficile de traiter les questions relatives aux opérations chirurgicales, tour à tour prônées et rejetées, en particulier pour ce qui concerne l'hypospadias. Après avoir fait un historique aussi complet que possible de la question envisagée à ce point de vue, j'ai cherché à apprécier ce qui avait déterminé, ou fait rejeter l'intervention chirurgicale, à établir quel était actuellement l'état des esprits et à montrer les progrès accomplis.

Rapport sur les progrès de la chirurgie en France.

Un volume gr. in-8 de 870 pages, 1867.

La tâche de montrer les progrès accomplis en chirurgie dans notre pays allait d'ailleurs m'incomber. Avec la collaboration de M. le docteur Léon Labbé, j'ai publié en 1867 un ouvrage intitulé : *Rapport sur les progrès de la chirurgie en France*. Nous avons cru devoir remonter aux premières années de ce siècle, afin de donner une idée plus complète des changements accomplis dans la théorie et la pratique sous l'influence du mouvement scientifique moderne.

Prenant pour point de départ et de comparaison l'ouvrage de Boyer, nous avons cherché, dans un premier chapitre général, à établir quelles avaient été les influences qui ont engagé la chirurgie dans la voie qu'elle suit encore aujourd'hui, et quelles sont ses tendances.

Dans un deuxième chapitre, nous avons exposé les progrès accomplis dans l'étude de la pathologie chirurgicale.

Dans le troisième, l'exposé des progrès accomplis dans l'application des méthodes d'exploration.

Dans un quatrième chapitre, l'exposé des progrès accomplis en médecine opératoire.

Enfin dans un cinquième chapitre, l'exposé des progrès accomplis dans le traitement des blessés et des opérés.

Nouveau procédé pour la cure de l'ongle incarné.

J'ai communiqué à la Société de chirurgie en 1863 la description d'un procédé nouveau que j'emploie souvent pour guérir l'ongle incarné. Cette petite opération a pour résultat de dérouler le bourrelet charnu qui déborde l'ongle et détermine l'incarnation, puis d'abaisser son niveau au-dessous du bord de l'ongle. Deux incisions libératrices pratiquées aux extrémités du bourrelet, une perte de substance proportionnée à l'épaisseur de ce bourrelet permettent d'arriver rapidement au résultat cherché.

Modification d'un des procédés de réduction de la luxation du pouce.

La réduction de la luxation du pouce sur son métacarpien a déjà bien exercé l'imagination des chirurgiens. J'ai imaginé pour ma part de faire subir au pouce un mouvement de rotation, qui oppose le *milieu* du diamètre transversal de la phalange à l'extrémité du diamètre transversal du métacarpien ; grâce à ce mouvement de rotation combiné avec le renversement du pouce sur le bord externe du métacarpien, j'ai pu réduire avec la main seule une luxation du pouce qui avait résisté aux machines. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1863.)

Amputation susmalléolaire par un procédé nouveau.

J'ai montré à la Société de chirurgie, au mois d'août 1868, un malade auquel j'ai pratiqué cette opération. L'observation du malade et l'exposé du procédé opératoire sont longuement décrits. J'ai eu pour but : 1° de supprimer complétement tout lambeau antérieur, ainsi que l'avait déjà proposé Laborie ; 2° de comprendre dans le lambeau tout le tendon d'Achille dans sa gaîne demeurée intacte. J'ai choisi pour obtenir ce résultat la méthode elliptique. Ce procédé, plusieurs fois employé avec succès, a pris place dans les livres classiques. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1868.)

Publication du tome VIII de la 2e série des Bulletins de la Société de chirurgie.

Je ne rappellerai pas diverses communications faites devant la même Société, ni les publications d'observations dans les journaux. Je mentionnerai cependant le tome VIII de la 2e série du *Bulletin de la Société de chirurgie*, publié en entier par mes soins, pendant que j'avais l'honneur d'être secrétaire de la Société.

Collaboration au Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

J'ai publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* les articles suivants :

1° Article *Abdomen*. — Cet article comprend : Contusions de l'abdomen ; — Ruptures des parois de l'abdomen ; — Épanchements traumatiques dans l'abdomen ; — Phlegmons et abcès des parois de l'abdomen ; — Tumeurs enkystées des parois de l'abdomen ; — Tumeurs graisseuses des parois de l'abdomen.

2° *Anus contre nature;*

3° *Anus artificiel;*

4° *Atlas* et *axis*. — Anatomie et pathologie chirurgicale, comprenant l'histoire des plaies, des fractures, des maladies articulaires de la région sous-occipitale;

5° *Blépharoplastie;*

6° Article *Larynx*. — Corps étrangers du larynx et des voies aériennes ;

7° Article *Maxillaires* (pathologie). — Cet article, qui est consacré à l'étude des lésions vitales et organiques des os maxillaires, comprend :

Première section. — I. Inflammations, lésions inflammatoires communes aux deux maxillaires.

A. — Ostéo-périostite.

B. — Carie-nécrose (nécrose phosphorée).

II. Lésions inflammatoires propres à chaque maxillaire.

A. — Lésions inflammatoires des sinus.

B. — Lésions inflammatoires de l'articulation temporo-maxillaire.

Constriction permanente des mâchoires.

Deuxième section. — Tumeurs.

I. Tumeurs liquides.

A. — Kystes, hydropisie du sinus.

B. — Anévrysmes.

II. Tumeurs solides.

A. — Tumeurs solides d'origine dentaire (communes aux deux maxillaires).

B. — Tumeurs solides du maxillaire supérieur.

1. Tumeurs du maxillaire proprement dit;
2. Tumeurs du sinus;
3. Tumeurs de la voûte palatine.

C. — Tumeurs solides du maxillaire inférieur.

Troisième section. — Opérations qui se pratiquent sur les maxillaires.

Cet article considérable comprend 220 pages du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* et l'ensemble des articles que j'ai publiés dans ce recueil donne un total de près de 400 pages.

Éléments de chirurgie clinique, comprenant le diagnostic, les opérations en général, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés.

Un volume grand in-8, de xxxviii-672 pages, 1873.

Nous avons eu pour but, en écrivant ce livre, de guider les élèves, de leur apprendre à reconnaître les maladies et à soigner les malades.

Nous l'avons divisé en trois parties :

La première comprend : *le diagnostic chirurgical, les méthodes à suivre pour l'examen des malades, les moyens d'exploration qui sont les auxiliaires du diagnostic.*

La deuxième comprend : l'*anesthésie chirurgicale, les règles et les principes généraux des opérations, les méthodes opératoires, les opérations usuelles et la petite chirurgie.*

La troisième comprend : *les soins à donner aux blessés et aux opérés;* nous y passons en revue toutes les questions relatives à l'*hygiène des opérés et à l'hygiène hospitalière, le régime des opérés, leur traitement médical.* Nous faisons l'*étude complète et synthétique des nombreuses méthodes de pansement mises en œuvre par la chirurgie moderne;* nous étudions enfin *les bandages et les appareils.*

Nous espérons avoir ainsi réuni dans un même cadre tout ce qui se rapporte aux éléments de l'instruction clinique. Nous avons pensé que la qualification de *chirurgie clinique* convenait à cet ensemble, qui réunit tout ce qui est nécessaire à l'élève pour le guider à l'hôpital, lui permettre de suivre les visites avec l'intelligence des choses qu'il y voit mettre en pratique, et de venir utilement en aide au chirurgien. Ce livre a été traduit en italien.

Rapport sur les lésions traumatiques de l'urèthre.

Ce rapport, fait à la Société de chirurgie en décembre 1876 à propos d'un travail de M. le professeur Cras, de Brest, a eu pour but d'étudier dans son ensemble le traitement de ces graves lésions.

Je crois avoir contribué à préciser la valeur des ressources chirurgicales dont la pratique dispose et à démontrer que, dans les cas graves, l'*uréthrotomie externe sans conducteur immédiatement pratiquée* est à la fois le traitement le plus sûr et le moins dangereux.

Recherches sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle.

Travail lu à l'Académie de médecine, 1877.

J'étudie dans ce travail les conditions qui permettent d'appliquer avec sécurité et facilité la ligature directe aux deux bouts des artères divisées dans les plaies de la paume de la main ; je m'appuie sur de nombreuses recherches cadavériques et sur l'observation clinique.

Nouveau procédé hémostatique destiné à empêcher la perte de sang veineux pendant les amputations.

J'ai indiqué ce procédé dans mon livre de *Chirurgie clinique* (p. 227). Je l'ai complétement exposé devant la Société de chirurgie (*Bulletins*, 1873, p. 532). Ce procédé consiste essentiellement : 1° dans l'élévation préalable du membre ; 2° dans

l'application, immédiatement *au-dessous* du point où l'on ampute, d'un garrot fortement serré. Si la compression artérielle est bien faite, on peut ainsi amputer sans perte de sang et pour ainsi dire à sec, sans craindre l'hémorrhagie de retour que détermine le procédé d'Esmarch.

V. — ACCOUCHEMENTS.

Fièvre puerpérale et maternités.

Archives générales de médecine, avril 1866. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866.

La question des maternités, de leur hygiène, de l'influence de l'agglomération des femmes en couches, sur la production des accidents puerpéraux, la contagion de la fièvre puerpérale à été dans ces derniers temps l'occasion de beaucoup de travaux et de discussions. J'ai longuement étudié cette question dans les deux travaux indiqués ; j'ai défendu les opinions suivantes, en les basant sur l'étude raisonnée des statistiques de l'histoire générale et particulière des maternités, de l'histoire des maladies épidémiques et contagieuses, des données acceptées par les pathologistes et de l'observation de chaque jour répétée pendant plus de trois années.

L'influence épidémique ne saurait être niée ; elle s'affirme surtout sous la forme dite *saisonnière*.

Les caractères propres à certaines épidémies témoignent du génie ou caractère particulier de plusieurs d'entre elles.

Les cas sporadiques doivent être distingués des cas épidémiques.

L'infection qu'il importe de ne pas confondre avec la contagion est surtout à craindre dans les maternités. Les meilleurs résultats ont été obtenus jusqu'ici dans les maternités où l'hygiène a été établie en vue de s'opposer surtout à l'infection. (Dublin, Rouen.)

La contagion peut, dans un foyer d'infection, devenir son redoutable auxiliaire et puissamment aider, dans ces conditions, à la propagation des accidents.

Réunion immédiate du périnée. — Traitement de l'éclampsie. — Contracture du col de l'utérus. — Recherches sur la quantité de sang perdu dans l'accouchement normal.

Les publications sur les avantages de la réunion immédiate du périnée, sur le traitement de l'éclampsie, sur la contracture du col de l'utérus et en particulier de sa partie supérieure, etc., ont été faites sous ma direction par M. Lucas Championnière, alors interne des hôpitaux. Elles sont consignées dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (1866).

Céphalotripsie intra-crânienne (1866).

Souvent placé en face d'opérations obstétricales graves pendant mon exercice à la Maternité, j'ai été conduit à imaginer *une méthode nouvelle de céphalotripsie* que j'ai proposé de désigner sous la dénomination de *Céphalotripsie intra-crânienne*.

Dans cette opération j'ai en effet pour but d'aller directement attaquer la base au crâne, sans passer entre l'utérus et la tête, comme il faut nécessairement le faire dans la céphalotripsie ordinaire ou extra-crânienne.

Après avoir largement perforé la voûte du crâne, la main est introduite tout entière dans le vagin, ce qui permet de porter l'index tout entier dans le crâne.

Le toucher intra-crânien alors pratiqué permet de reconnaître les différentes parties de la base du crâne. La tente du cervelet constitue en particulier un guide précieux qui conduit nécessairement aux apophyses clinoïdes, c'est-à-dire au corps du sphénoïde. A son défaut, le sphénoïde peut être directement reconnu, le doigt est assez long d'ailleurs pour pénétrer dans le trou occipital; moins profondément l'apophyse cristagalli, la base des rochers avec la saillie si prononcée des conduits demi-circulaires a pu servir à guider l'opérateur.

Les points d'élection sont le sphénoïde ou l'apophyse basilaire. *C'est sur le doigt* que l'instrument destiné à perforer la base du crâne est dirigé et placé.

Je ne puis décrire les instruments que j'ai dû imaginer pour remplir les indications de cette opération. Je me contenterai de dire que six fois cette opération a

fait ses preuves sur le vivant et que la réduction que l'on obtient est si complète que, dans mes expériences, j'ai pu engager la tête d'un fœtus à terme à travers un détroit artificiel de quatre centimètres, et que dans certaines expériences j'ai même pu l'engager à travers trois centimètres. La *Céphalotripsie intra-crânienne* a fait le sujet de la thèse inaugurale d'un de mes élèves, le docteur Kalindéro (Paris, 1870).

Sur la cause de l'inclinaison de l'utérus à droite pendant la grossesse.

Journal de physiologie, de MM. Brown Séquard, Charcot et Vulpian, janvier 1870, p. 75.

Dans ce travail, nous rappelons les opinions si nombreuses à l'aide desquelles on a proposé d'expliquer l'inclinaison de l'utérus à droite pendant la grossesse. Ces explications sont presque toutes cherchées dans l'utérus lui-même ou dans son contenu ; nous pensons que l'explication de ce phénomène qui ne se présente qu'alors que l'utérus quitte le petit bassin et remonte dans l'abdomen doit être cherché dans l'arrangement des viscères que l'utérus va rencontrer dans son ascension.

A l'aide de deux espèces de preuves que nous tirons : 1° de l'anatomie normale, 2° de l'observation des *tumeurs qui remontent du bassin dans l'abdomen à la manière de l'utérus gravide*, nous concluons:

Que la cause véritablement efficiente de la position inclinée de l'utérus à droite pendant la grossesse doit être attribuée à la fois à la direction du mésentère et à la position que prend la masse intestinale grêle.

Nous ajouterons que cette inclinaison à droite n'a rien de spécial à l'utérus gravide, et que *toute tumeur, libre d'adhérences*, qui remonte du petit bassin dans l'abdomen en passant au-devant du mésentère, s'incline à droite et se développe de ce côté de l'abdomen, tandis que l'intestin grêle se dirige et demeure à gauche. Les résultats de notre étude sont donc utilisables non-seulement pour l'obstétrique, mais aussi pour la clinique chirurgicale.

VI. — LITTÉRATURE CHIRURGICALE.

Les fonctions de secrétaire général de la Société de chirurgie que j'ai remplies pendant cinq années consécutives m'imposaient le devoir de rendre hommage à la mémoire de nos anciens collègues.

J'ai successivement prononcé dans les séances annuelles de la Société les éloges :

De *Michon*. . . . . . . (Janvier 1873);
Guersant. . . . . . (Janvier 1873);
Denonvilliers. . . . (Janvier 1874);
Huguier. . . . . . (Janvier 1875);
Nélaton . . . . . . (Janvier 1876);
Giraldès. . . . . . (Janvier 1877).

Avril 1877.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2